

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 0003426

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6820

Société : -

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Gueha Redouane

Date de naissance : 1965

Adresse : Casablanca

Tél. : 06 78 78 33 09

Total des frais engagés : 2100 + 300 + 127 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Saïd EL HASSAR
Ophtalmologiste
N° 4 (10th Ave Accenseur) Lotissement Nasrallah
Bordj Bou (En Face Centre Commercial Carrefour)
Tél : 05 22 32 43 44

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2022

Nom et prénom du malade : EL HASSAR Halima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/11/2022	C		300DH	Dr. Saïd EL HASSAR Ophtalmologiste N° 41 Imb (Avec Accenseur) Lotissement Dastallah En Face Centre Commercial Carrefour Tél : 05 22 32 43 44

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

10/11/2022 127.35
11/11/2022 2100.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

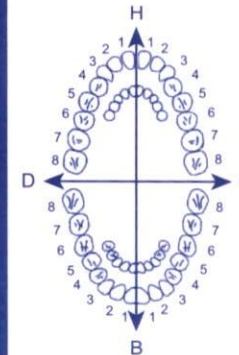
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

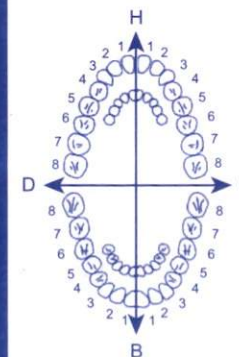
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

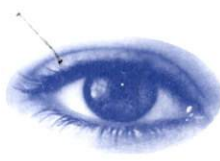


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Said EL HASSAR

Ophthalmologiste



الدكتور سعيد الحصار

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جلالة - الزرق - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر - العدسات اللاصقة...

جراحة عيوب البصر

عضو دائم بالجمعية الفرنسية

لطب العيون

Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux

Cataracte - Glaucome - Strabisme

Voies Lacrymales - Angiographie

Laser - Lentilles de Contact

Chirurgie de la Myopie

Membre Titulaire de la Société

Française d'Ophthalmologie

Agrée Par le Ministère de la Santé Permis de Conduire

ORDONNANCE

Berechid le : 10/11/2022 برشيد في :

ELHAFIANE Halima

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : (80° -1,00) , Addition + 2,25

Oeil Gauche : (85° -0,50) + 0,25 , Addition + 2,25

75.70

Zalerg call

1 goutte x 2/j ODB
x 1 mois

51.50

Bropdex call

1 goutte x 3 j ODB
x 15 j

127.30



6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouf
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUD

PPV : 51,60 Dhs

Bropdex* 0,3g / 0,1g

Tobramycine / Dexaméthasone

Flacon de 10 ml



6 118001 272549

شارع محمد الخامس العمارة 341 الطابق 4 رقم 41 (إقامة بالمصعد) تجزئة نصرالله

برشيد (قرب المركز التجاري كارفور) - الهاتف : 05 22 32 43 44

Bd Mohamed V Imm 341 étage 4 N° 41 (Imm Avec Accenseur) Lotissement Nasrallah

Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour) - Tél : 05 22 32 43 44

optic ntact

Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 128322

Berrechid, le

11/11/2022

Client : M. & M. HAFIANUS HAFIANA

Code	Description	Total
407	prothèse de lin ves	0850
407	lenses phat gis 4/10	310
	Opticien Optométriste Diplôme d'Etat	600
	Opticien Optométriste Diplôme d'Etat	1300
407	par vision de plus vs	200
407	lenses 4/10	200
	lenses	500
	20(80-1,00) plus / ad	900
	20(85-2,00) +0,4 / e, 2v	2100

Arrêtée la présente Facture à la Somme de

Deux mille Cent dix-sept